

# STRESS POSTRAUMATICO: Realidad o Mito? (Los Veteranos de Guerra de Malvinas)

Enrique Stein

Médico(UBA) especialista en Psiquiatria, Psicólogo Social,

Diplomado en Salud Pública (UBA)

[steinenr@gmail.com](mailto:steinenr@gmail.com)

## Resumen

El Trastorno por Stress Postraumático (TEPT) en Veteranos de Guerra ha sido sobredimensionado respecto a su impacto real en la salud mental. Se trata de reconocerlo en su justa magnitud, multicausalidad y consideración de un cuadro medico social. Se tienen en cuenta reflexiones de especialistas en el tema, se ponderan variables psicosociales y se amplían los recursos terapéuticos, con variables sociopolíticas. Se cotejan diversos mitos sobre el TEPT , con la realidad observada, formulando diversas hipótesis a investigar.

**Palabras clave:** Stress Postraumático. Multicausalidad. Variables sociopolíticas. Malvinización. Mito.Realidad.

## Desarrollo

El propósito de este breve trabajo es sugerir una reflexión sobre un tema crítico de la salud mental de la población y de los Veteranos de Guerra en particular.

Solo con el fin de recordar a los no especialistas que no están todos los días con el tema y con la

idea de favorecer reflexiones de una población mas amplia de los que trabajan en el mundo psi, nos permitimos hacer un pequeño recordatorio de definiciones académicas, tomadas de textos de uso masivo y cotejar con experiencias y opiniones de otros especialistas que han trabajado y trabajan con este problema medico social.

El stress postraumático(TEPT, trastorno de Estrés Postraumático) se caracteriza por la aparición de síntomas que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático...que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física con :

- Temor, desesperanza, horrores intensos
- Presencia de reexperimentación persistente al acontecimiento traumático
- Evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de su capacidad de respuesta
- Síntomas persistentes de activación (arousal) presentes mas de un mes
- Provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral u otras áreas importantes de la actividad

del individuo.(1)

Existen ciertos rasgos de personalidad que pueden ser factores predisponentes... pero no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.” (2)

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (raro supera los seis meses). El curso es fluctuante pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos.

- En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.
- Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no este totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad

Una forma de valorar el impacto social de esta enfermedad y su magnitud poblacional es utilizar una medida epidemiológica: la tasa de prevalencia que surge de la formula

$$\frac{\text{Nº de personas con la enfermedad,}}{\text{Numero de personas de la población expuesta al riesgo}} = \text{X valor}$$

- Según los estudios mas relevantes la Prevalencia global del TEPT estaría entre el 1 y el 14%, aunque según el DSM IV “

en estudios sobre individuos de riesgo ej, veteranos de guerra, damnificados de erupciones volcánicas o atentados terroristas pueden encontrarse cifras de prevalencia entre 3 al 58%. Para esta última aseveración sería pertinente tener la mediana como dato ya que entre esos dos valores habría que ver cuales son los de mayor frecuencia.

- En el 159ª Congreso de la Asociación Americana de Psiquiatría ( realizado en Canadá en mayo de 2006,) el jefe del Departamento de Desastres de la APA, Dr. Anthony Ng, dio, en la conferencia en que participamos, estas referencias sobre el tema:
- “Aunque el riesgo durante la vida posterior a la exposición es muy alto (60%-90%) la prevalencia de SPT es relativamente baja” .(3)
- “Aproximadamente 9% de los individuos expuestos a cualquier Evento Traumático reportan SPT en determinados momentos de su vida”.(4)
- “La mayoría de las personas experimentan una reducción sustancial de los síntomas de SPT durante los tres primeros meses y se recuperan sin ayuda profesional” (5)
- “La mayoría de las personas que experimentan traumas en los desastres no) desarrollan patología psiquiatrica prolongada”.(6)

Para poder sacar algunas conclusiones del impacto del TEPT, hemos tomado el cuadro Nº 1 (el autor trabajo directamente, entre otros, en el tsunami mas grave de estos años que llevo a la muerte a más de 250.000 personas en Asia). La

existencia de referencias al papel de la OMS devienen solo del lugar institucional que

Saraceno ocupa actualmente en la Organización Mundial de la Salud (7)

### Recomendaciones clave y estimaciones de tasas de prevalencia

<b>CUADRO 1</b> <b>Autor Benedetto Saraceno (OMS), 2006</b>	<b>ANTES DEL DESASTRE:</b> Tasas de prevalencia 12 meses (media de los países, Encuesta 2000 de la Organización Mundial de la Salud)	<b>DESPUES DEL DESASTRE:</b> Tasas de prevalencia 12 meses (proyección)	<b>Tipo de ayuda recomendada</b>	<b>Especialidad del sector/organismo institución</b>
Trastornos severos (p.e. psicosis, depresión grave, forma grave e incapacitante del trastorno de ansiedad etc.)	2-3%	3-4%	Proporcionar cuidados de salud mental a través de servicios generales de salud y de servicios de salud mental comunitarios	Sector de salud y servicios sociales (con ayuda de la OMS)
Trastorno mental leve o moderado (p.e. formas leves o moderadas de depresión y trastornos de ansiedad <b>incluyendo trastornos de estrés posttraumático</b> etc.)	10%	20% (que durante los años se redució a un 15% a través de la recuperación natural sin intervención)	1) Proporcionar cuidados de salud mental a través de servicios generales de salud y de servicios de salud mental comunitarios 2) Proporcionar intervenciones sociales y apoyo psicológico básico a la comunidad	1) Sector de salud y servicios sociales (con ayuda de la OMS) 2) Una diversidad de sectores
Aflicción psicológica grave o moderada que no cumple con los requisitos de trastorno y que se resuelve con el tiempo o angustia leve que no se resuelve con el tiempo	Sin estimación	30-50% (que durante los años se redució a un grado desconocido a través de la recuperación natural sin intervención)	Proporcionar intervenciones sociales y apoyo psicológico básico a la comunidad	Una diversidad de sectores
Aflicción psicológica leve que se resuelve con el tiempo	Sin estimación	20-40% (que aumentará durante los años mientras que se recuperan personas con problemas severos)	No se necesita ayuda específica	No se necesita ayuda específica

Quizá el punto más destacado del cuadro es que los mayores valores están en el 20% (después del desastre) que se van reduciendo al 15% con el tiempo cercano.

Abordando el tema desde una perspectiva psicosocial, existen algunas pruebas que demuestran que la **calidad del apoyo social**, (subrayado mío, ES) los acontecimientos familiares, las experiencias durante la etapa

infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del TEPT.

Este puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático. (8)

Un Veterano de Guerra de Malvinas decía hace

poco en un trabajo sobre el tema realizado por el Programa de VGM de la Capital Federal ( 9)

***“Y cuando llegamos nos decían: ahí están los cagones.***

***Había gente que tenía miedo, que no querían preguntarte nada. Que te miraban medio de costado, te miraban con cara de estás loquito...”***

***“Cuando estábamos en las Islas nos mandaban chocolate... cuando regresamos al continente, ni pelotas nos dieron”.. ( del Pte. Centro VGM , Neuquén, entrevista ES)***

Relacionado con el tema del apoyo social, nos parecen interesantes las consideraciones sobre el concepto de doble herida psíquica/doble herida social del Dr.Chatán (10)

En la **“doble herida social**, un sujeto resulta victimizado en una determinada situación, por ejemplo en combate; sin embargo, más tarde, en su retorno al entorno social habitual, la propia víctima es atacada por la sociedad, o por lo menos un sector, mediante actitudes de incompreensión, censura o reprobación. Ello produce una segunda herida.”

“La **doble herida psíquica**, consiste en el choque que se produce entre la percepción de la realidad que tiene la víctima en el momento del trauma, por ejemplo en los momentos de combate, y la realidad con la que se encuentra y con la que tiene que convivir cuando vuelve a su entorno social habitual. Las dos situaciones son

contradictorias y se produce un choque entre las mismas.”

Veamos estos otros relatos tomados por la misma autora (9)

***“No había nadie. A la familia no le podías hablar de eso. No te preguntaban nada para que no te sintieras mal.”***

***“Yo dormía con los ojos abiertos, mi vieja se pegaba cada cagazo! El primer año pasaba un avión y nos tirábamos al piso. ”***

***“En Malvinas no pasé hambre, sí mucho frío. Ellos tenían una mentalidad de mierda. Me sentía solo. No sabía que íbamos a ir a la guerra. Fue sorpresivo, me congele. (No sabía nada).(…) Malvinas era una causa noble, estaba dispuesto a dar la vida.***

¿Te quedó alguna secuela?

***“Lo normal, a veces en el sueño, pesadillas, cada tanto. Como decía...los recuerdos rompen tumbas.”***

Es de tener en cuenta que de las observaciones clínicas, los relatos de VG, y las amplias circunstancias político- sociales que rodean a esos eventos bélicos, algunos autores han desarrollado conceptos a manera de autocrítica a tener en cuenta.

Así dice Chatán “no me gusta la forma actual de diagnosticar los trastornos por estrés en los

manuales de enfermedades oficiales que se han hecho muy populares, especialmente el Manual de la Asociación Psiquiátrica Americana, conocido como DSM-IV, pese a haber tenido yo mismo un amplio papel en la parte del mismo que trata del estrés traumático”.

“Tengo dificultades con el manual porque tiende a pensar en los trastornos por estrés puramente en términos médicos como si fueran casi exclusivamente fisiológicos.” (11)

Relacionado con el tema de las guerras, en su país donde participó del movimiento opositor a la Guerra de Vietnam, dice Chatan:

“Además de la biologización de la psiquiatría en los E.E.U.U., hubo también un poderoso movimiento de despolitización. Antes del DSM-III y del DSM-II, los trastornos reactivos desaparecieron casi por completo: la administración había decidido que no quería seguir gastando dinero en el tratamiento de las reacciones al estrés extremo, como después de la IIª Guerra Mundial”

“Habían gastado grandes cantidades de dinero, y, al eliminarla del manual, nadie podía solicitar este tipo de tratamientos ni llevar a la administración ante los tribunales a causa de ellos”.

Los jueces solían decir: “No está en el manual, por lo que no procede”. (11)

El hecho básico en el T.E.P.T. es que la herida es de origen humano, es decir que ha sido infligida

directa o indirectamente por otros seres humanos; y que el resultado sintomático de esta herida es la pérdida de la confianza en las demás personas. La confianza es muy difícil de reconstruir.

Por todo ello resulta fundamental, para la curación de la herida del estrés postraumático, el ser capaz de expresar el impacto emocional del mismo, y considerar el contexto social

El expresar el duelo hace posible que las personas intenten volver a experimentar el sentimiento de confianza en otras personas y puedan empezar a reconstruir sus vidas más allá de la experiencia maladaptativa del estrés.

Otro Veterano:

***“Yo pienso todos los días. Qué buena experiencia en algún sentido, quedé conforme conmigo. Pero no sé si es correcto volver a pensar... pasaron 25 años.”***

Los veteranos, entre otros han sido expuestos al “lado oscuro” de la vida en la sociedad contemporánea y que esto supone un conflicto importante con la vida cotidiana que el resto de la gente elude.

Sabemos que la realidad refleja posiciones, actitudes sociales diferentes. Ese reflejo de la realidad social al que han estado expuestos durante seis meses, dos años o cinco años es totalmente diferente de la realidad social de la vida civil cotidiana.

Este es el motivo por el que los supervivientes de todo tipo intentan ser acallados por sectores dominantes de la sociedad con el propósito que su experiencia tienda a ser olvidada y a desaparecer. Puntualizamos que en todos estos años esta actitud contaminó e influye a vastos sectores de la sociedad

Esto suma factores a las causas más políticas de la desmalvinización, que no tenemos dudas están en curso, ej: cuando el ex presidente Kirschner hablando en Gran Bretaña, publicado por The Guardian)) calificó a la recuperación de las Islas Malvinas como una "cobarde agresión". Y al ex presidente Alfonsín y sectores de las FFAA que sostenían una actitud desmalvinizadora.

Por lo que respecta al tratamiento, dice Chatan, "que el mejor, para el tipo más refractario de T.E.P.T. es el tratamiento grupal intensivo".(11)

Ello se debe a que el tratamiento grupal intensivo reconstruye las unidades sociales

Es necesario reconstituir dichas unidades para obtener un nuevo desarrollo de la confianza, especialmente si se trata de unidades formadas por personas que han compartido la misma experiencia

Es un error conceptual considerar que el TEPT es el desorden mental más importante resultante de un desastre. TEPT es solo del rango común o con frecuencia comorbido de otros síntomas mentales (trastornos del humor o la ansiedad) que tiene a aumentar los síntomas comunes moderados y que se hacen prevalentes después

de los desastres.

En nuestra experiencia la psicoterapia individual, los recursos psicofármaco lógicos racionalmente utilizados y la ayuda familiar, desde la perspectiva "médica" son fundamentales. Habría que ponderar epidemiológicamente la observación de que los procesos de recuperación de los VGM esta directamente relacionados en muchos casos con su inclusión en las actividades político sociales propias de su condición y las de carácter de ciudadano.

Y es obvio que una estadística apropiada sobre la magnitud del problema deberá incluir a los miles de VGM , civiles y militares, que desarrollan su vida cotidiana y familiar en medio de necesidades y problemas como la mayoría de los ciudadanos de nuestro país.

En un informe de OMS se dice " El bajo nivel de búsqueda de autoayuda por síntomas de TEPT en muchas culturas no occidentales, demuestra que el TEPT no esta en el foco del trauma de muchos sobrevivientes". (12)

En consecuencia, hasta la propia OMS considera que "las agencias (servicios) han sobredimensionado el TEPT y han creado servicios verticales estrechos que no sirven a la gente con otros problemas mentales." (12)

Sobre el concepto de stress postraumático, para poner a foco y a manera de síntesis, destacados especialistas de la OMS dicen: "estamos convencidos que se trata de una entidad nosológica muy artificial y que cambia según los contextos culturales." Compartimos este

concepto.

En nuestra opinión, es muy importante al analizar un cuadro psicosocial como el TEPT, tener en cuenta desde que experiencias y bajo que perspectiva político-social se afirman los conceptos., ya que prácticamente toda la literatura y las experiencias devinieron de la post guerra de Vietnam, pero desde la mirada de los EEUU.

Al finalizar la Guerra de Malvinas, la preocupación por las secuelas de la guerra llevaron a varios especialistas a recurrir a la experiencia post Vietnam de ese país. No es una objeción sobre la voluntad de quienes entendían una forma de brindar un servicio a sus conciudadanos. Pero reconozcamos que son pocos los estudios que se conocen de los otros contendientes, los vietnamitas, triunfadores de una guerra de base popular. ¿Y las experiencias de los argelinos, frente a los franceses (magistralmente descriptas por Franz Fanon?), la de los afganos tanto atacados por rusos en su momento y luego por los países de la NATO bajo la conducción de EEUU? Nos parece pertinente interrogarse y

estudiar que tienen de común y que diferencias pueden existir siendo procesos desarrollados desde motivaciones, necesidades, medios o recursos diferentes. También que impacto común y cual diferencial según el carácter de la guerra.

No hay duda que combatientes de uno u otro país pueden tener secuelas o síntomas similares en tanto diagnóstico medico, pero si lo ponemos en términos de **pronóstico clínico-social** las valencias o motivaciones de un veterano que desde pequeño fueron internalizadas como valores sustantivos (los símbolos, la patria, la defensa de la soberanía) pueden tener distinto valor recuperatorio de quien se ha incluido en la guerra como profesional, como mercenario o como parte de una potencia agresora.

Para finalizar en un cuadro de síntesis (esquemático) proponemos cotejar MITO vs REALIDAD para promover una reflexión sobre temas que hacen a las propuestas de abordaje de este tema critico de la salud de los Veteranos de Guerra de Malvinas cualquiera haya sido su lugar jerárquico en el combate del Atlántico Sur.

• MITO	• REALIDAD
1. Todos los VGM tienen stress postraumático, aunque no lo sepan.	1. 1 a 14% (en general), de 3 a 58%(?) guerra según DSM IV
2. Solo se trata de un problema medico/ fisiológico	2. Se trata de un fenómeno medico-social-cultural.
3. No interesa el tipo de trauma, todos lo pueden tener	3. Diferencia desastres naturales/ guerras
4. Todas las guerras causan el mismo impacto y su recuperación o no es similar	4. La motivación ( o tipo de guerra,¿ nacional, patriótica o imperialista? Investigar
5. La causa principal traumático es en el campo de batalla	5. Lo principal (para efectos negativos) puede ser la post guerra: <b>desmalvinizacion</b>

6. La recuperación requiere medicación Especifica y eventual psicoterapia	6 . La mejor recuperación se obtiene con psicoterapia, uso racional de Psicofármacos y participación social como VGM y ciudadano.
7 . La `posición y actitud del terapeuta ante la GM no impacta en el resultado terapéutico	7. La posición y actitud del terapeuta ante la Guerra de Malvinas puede tener incidencia en la recuperación del VGM

1. DSMIV Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales (Elaborado por la American Psychiatric Association, basado en la CIE 10, Décima revisión d la Clasificación Internacional de Enfermedad. Trastornos mentales y del comportamiento. OMS 1992)
2. (CIE 10 , 1992)
3. (Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995)
4. (Breslau et al., 1998)
5. (Rothbaum et al, 1992; Valentiner et al, 1996)
6. idem anterior
7. Elaborado por el Dr. Benedetto Sarraceno, Director Salud Mental OMS. 2006
8. Fuente: DSM IV
9. Lic. Marcia Maluf, .2007)
10. Chaim F. Shatan, conferencia en la"Sociedad Española de Psicotraumatología y estrés traumático" Junio 2000).
11. Idem anterior
12. ( Mental health assistance to the populations affected by the Tsunami in Asia Informe OMS. (Benedeto Saraceno y otros...),2006).

Se trata solo de algunas ideas para la reflexión. No se dan como receta, ni pretenden ser verdades reveladas, ya que son muchos los que han trabajado y lo vienen haciendo desde hace años ante el desinterés y los obstáculos en distintos periodos gubernamentales.